………………………………………. .......................................................... /pieczęć pracodawcy/ /miejscowość i data/

**Powiatowy Urząd Pracy**

**ul. Gdańska 35**

**84-300 Lębork**

**WNIOSEK**

o zwrot części kosztów poniesionych na wypłacone wynagrodzenia i składki na ubezpieczenia społeczne za bezrobotnych skierowanych w ramach **prac interwencyjnych**

Zgodnie z zawartą umową nr ……………………………. **z dnia** ………………………. **r.**

**wnioskujemy o refundację za miesiąc …………………..… 20**…… **roku**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Wniosek obejmuje pozycje :** | **Kwota do refundacji** |
| **1** | Wynagrodzenie z tytułu niezdolności do pracy |  |
| **2** | Kwota do refundacji brutto  bez zasiłków chorobowych |  |
| **3** | Składki ZUS od pozycji 2.  /w wysokości………….%/ |  |
| **4** | **Kwota do refundacji ogółem** |  |

Słownie złotych : …....................................................................................................................

Środki finansowe prosimy przekazać ........................................................................................

( nr rachunku)

…………...……………...…………

/podpis i pieczątka Pracodawcy/

**Załączniki:**

**1/** rozliczenie finansowe (załącznik nr 1)

**2/** uwierzytelniona kserokopia listy płac wraz z pokwitowaniami odbioru wynagrodzenia

**3**/ uwierzytelniona kserokopia dowodu opłaty składki ZUS

**4**/ uwierzytelniona kserokopia deklaracji ZUS DRA

**5**/ uwierzytelnione kserokopie zwolnień lekarskich

ZAŁĄCZNIK NR 1 DO WNIOSKU O REFUNDACJĘ

................................................

/pieczęć pracodawcy/

**ROZLICZENIE WYDATKÓW ZWIĄZANYCH Z ZATRUDNIENIEM BEZROBOTNYCH**

**W RAMACH PRAC INTERWENCYJNYCH**

w miesiącu **…………………… 20**….. **roku**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwisko i imię** | **Wynagrodzenie refundowane dla pracodawcy** | | | | | | **Zasiłek chorobowy (płatny z zus ), urlop bezpłatny od -do** |
| **Za okres obecności** | | | **Za okres nieobecności usprawiedliwionej-**  **chorobowe z FZ** | | |
| **od-do** | **ilość dni** | **Kwota** | **od-do** | **ilość dni** | **Kwota** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **xx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxx** |  | **xxx** | **xxx** |  |  |

Sporządził/-ła …………………………………

nr. telefonu……………………………

…………....………………….……

/podpis i pieczątka Pracodawcy/